FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année ____ **THÈSE** N° ____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Avril 1888, à 1 heure

Par B. ARCHIPOFF

Né à Simféropol (Russie) le 24 décembre 1850

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA MIGRAINE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. PROUST, *professeur.*

Juges : MM. BALL, *professeur.*
JOFFROY, HANOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, successeur,

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen................ M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie..	MM. FARABEUF.
Physiologie..	CH. RICHET.
Physique médicale....................................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..............	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale...........................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.............	BOUCHARD.
Pathologie médicale....................................	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.................................	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique................................	CORNIL.
Histologie..	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils................................	DUPLAY.
Pharmacologie..	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale..................	HAYEM.
Hygiène..	PROUST.
Médecine légale..	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés..............	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie........	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale............	N....
Clinique médicale......................................	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants..................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..........................	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.........	CHARCOT.
Clinique chirurgicale...................................	RICHET VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique.............................	PANAS.
Clinique d'accouchements............................	N...

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	OLLIVIER.	REMY.
BLANCHARD.	HANOT.	PEYROT.	REYNIER.
BOUILLY.	HANRIOT.	POIRIER, chef des Travaux anat.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	ROBIN (Albert).
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SCHWARTZ.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	TROISIER.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PROUST

Membre de l'Académie de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA MIGRAINE

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS.

Ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs qui ont étudié la migraine, il est assez malaisé de donner une définition exacte et précise de cette affection : on se borne le plus souvent, dans ce but, à en énumérer les principaux symptômes. Or une énumération n'est point une définition (1). Cependant, comme

(1) Hirtz. *Dict. de Médecine et de Chirurgie pratique* (article Migraine).

la cause anatomique de la migraine est imparfaitement connue, comme il existe à ce sujet plusieurs théories contradictoires qui empêchent par suite de pénétrer l'essence intime de la maladie, force nous est bien de nous contenter de ce résumé symptomatologique en attendant que les progrès de la physiologie nous conduisent à une définition exacte.

Nous dirons donc avec Lasègue que la migraine est une maladie d'accès revenant à intervalles plus ou moins rapprochés, caractérisée par une céphalalgie spéciale à laquelle viennent s'ajouter des troubles généraux variables.

Cela étant, il est encore assez difficile de tracer les limites, d'établir le cadre de la migraine : on risque fort d'en dire trop ou trop peu. Living qui, dans un travail très complet, a classé les migraines en quatre variétés, attribue à la dernière de celles-ci toute une catégorie de symptômes caractérisés par des désordres des centres nerveux, des troubles de la sensibilité et même de la motilité (1), qui depuis ont été signalés dans la migraine ophthalmique. Or de telles migraines qui précèdent parfois des affections organiques du système nerveux, ainsi que l'a établi M. le professeur Charcot pour l'ataxie locomotrice et la paralysie générale (2), méritent-elles véritablement ce nom ou ne sont-elles pas plutôt fonction première de la maladie grave qui va se développer ? Il est per-

(1) Living. *On megrim*, etc. London, 1873.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 72, 1883.

mis sinon de résoudre cette question, du moins de rester dans le doute à ce sujet et de regarder ces migraines tout au moins comme des migraines symptomatiques, ou mieux comme des pseudo-migraines. Lasègue considérait avec raison la migraine comme une entité morbide, subsistant par elle-même et dépourvue de tout substratum anatomique, et en effet, jusqu'ici l'anatomie pathologique est restée muette au sujet de toute altération organique appréciable.

Si donc on veut conserver à la migraine les dénominations d'essentielle ou de sympathique, il faut s'entendre à ce sujet, et n'accepter la seconde épithète qu'en déclarant que les causes qui, en apparence, provoquent les manifestations migraineuses agissent surtout en tant que causes occasionnelles, et que la migraine existait et subsistait déjà par elle-même chez les malades.

Nous aurons donc en vue dans cette étude la migraine essentielle, nous étudierons ses caractères principaux, en insistant sur chacun d'eux en particulier, puis après avoir fait une place à la migraine dite ophthalmique, nous chercherons à en établir les limites. Dans un second chapitre nous tirerons de l'analyse des éléments fournis par la symptomatologie les renseignements qui permettront de reconnaître la migraine parmi les autres céphalalgies; et nous chercherons les relations qui unissent cette affection aux maladies constitutionnelles en général pour arriver enfin au traitement.

Nous nous inspirerons, dans ce travail, des re-

marquables leçons de nos Maîtres qui nous ont soutenu dans nos études médicales. Ce sera le meilleur remerciement que puisse adresser à la Faculté de médecine de Paris un Étranger qui emportera dans son pays une haute estime pour l'Université de France et une reconnaissance particulière pour M. Dujardin-Beaumetz qui l'a constamment encouragé et pour M. le professeur Proust, qui a bien voulu accepter la présidence de sa modeste thèse.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE.

La description des symptômes propres à la migraine comprend deux parties; dans la première on étudie la migraine la plus communément observée et laquelle on peut donner la dénomination de migraine gastrique, en raison de la prédominance des troubles qui se rencontrent dans cette forme de la maladie. En second lieu nous étudierons la migraine dite ophthalmique que Liveing a le premier bien mise en relief et que les travaux de MM. Charcot, Féré (1), Raullet (2), nous ont appris à mieux connaître.

Migraine gastrique.

Lasègue a fait une description d'ensemble de la maladie ; il a montré que les divisions proposées par certains auteurs ne servaient en réalité qu'à embrouiller la question. Si l'on s'en rapportait, par exemple, à la classification de Liveing qui établit quatre

(1) Féré. *Migraine ophthalmique* (*Revue de Médecine*, août 1881).

(2) Raullet. *Migraine ophthalmique. Thèse de Paris* 1883.

degrés dans la migraine, on arriverait à faire des répétitions dans les symptômes des deux premiers groupes et à attribuer peut-être, dans les autres, à la migraine des accidents dont elle ne saurait être responsable.

Il faut se rappeler tout d'abord que la migraine est une maladie d'accès, que les accès sont périodiques, pouvant sans doute être éloignés les uns des autres, sans être jamais rapprochés de plus d'une semaine. « Avoir un accès ou deux par an, ce n'est pas être migraineux, dit Lasègue, c'est un mal de tête passager, et non de la migraine légitime (1). » D'autre part, et nous reviendrons sur ce fait, l'accès de migraine ne dure jamais plus de quarante-huit heures, et jamais moins de six heures.

Ces données préliminaires étant connues nous pouvons entrer dans la descriptions de l'accès.

Il existe tout d'abord un certain nombre de prodromes qui constituent à l'accès de migraine une véritable aura. Ces symptômes bien connus des migraineux invétérés, qui ne les ont que trop appris à leurs dépens, sont extrêmement variables suivant les sujets et quelquefois même suivant les accès. Il en est de ces prodromes comme de tous les symptômes de l'accès migraineux ; ils sont essentiellement subjectifs. Tout le monde a signalé cette particularité : Lasègue, Grasset et les autres qui, plus récemment, ont étudié la question (2).

(1) Lasègue. *Études médicales*, t. II (art. Migraine).
(2) Sarda. *Des Migraines*. (*Th. Agrégat.*, Paris, 1886).

On peut diviser ces troubles prémonitoires en deux catégories principales. Tantôt le malade est dans un état d'abattement et de fatigue tout particulier. Envahi par une sensation de froid insolite, il a des bâillements et des pandiculations. Il ne saurait se livrer au moindre travail ; il n'éprouve qu'un besoin, celui du repos et de l'isolement. Vient-on à l'examiner, on constate que son visage est pâle, ses traits tirés, en un mot que son habitus extérieur révèle un malaise général. Tantôt au contraire, il semble qu'il y ait un état d'excitation tel que le malade se sent mieux disposé qu'à l'ordinaire ; il est plus gai, l'intelligence est vive, le visage est rouge, parfois même vultueux.

A ces deux états opposés correspondent des phénomènes particuliers du côté des voies digestives; ils sont en rapport avec les symptômes observés. Dans le premier cas il y a anorexie absolue, dégoût même pour les aliments ; dans le second au contraire, l'appétit est parfois plus vif qu'à l'état normal (1).

Tous ces accidents divers se manifestent souvent la veille du jour où se produit l'accès migraineux ; alors le sommeil est lourd et peu réparateur, le malade a peine à se réveiller, et quand enfin il ouvre les yeux l'accès se déclare immédiatement. Plus rarement les prodromes n'apparaissent que le matin ou dans la journée ; il n'est pas exceptionnel de les voir faire complètement défaut.

(1) Lasègue. *Études médicales*, t. II (art. Migraine).

Nous voici donc arrivés à la période d'état. Le phénomène dominant est la céphalalgie, nous devons insister tout particulièrement sur ce signe qui a une très grande importance à cause de son siège et de ses caractères particuliers.

Cette céphalalgie n'occupe pas d'emblée toute la surface crânienne ; elle ne s'étend d'abord qu'à une portion limitée du crâne. Souvent elle siège dans une des deux régions sus-orbitaires ou temporales ; ce n'est que plus tard qu'elle envahira peu à peu une plus grande étendue. Parfois, et c'est là le cas le plus fréquent, puisque l'étymologie de la migraine en est la conséquence, la douleur est franchement hémicrânienne. Lorsqu'elle est bilatérale, il y a presque constamment un côté plus atteint que l'autre, Il existe d'ailleurs bien des variétés individuelles, tant au point de vue du siège en général que des accès en particulier. On a dit que, chez un malade donné, c'est presque toujours le même côté qui est pris à chaque nouvelle atteinte. La chose est malaisée à vérifier ; au moins chez la plupart des malades que l'on a sous les yeux dans les hôpitaux.

On a également noté que la douleur passe d'un côté à l'autre pendant l'accès avec la plus grande facilité et sans que rien vienne avertir de ce phénomène.

Quoi qu'il en soit, cette céphalalgie s'étale de plus en plus à la surface crânienne, sans toutefois en occuper jamais toute l'étendue. Lancinante chez les uns, elle est gravative chez les autres. Il est des ma-

lades qui accusent une constriction crânienne comparable à la pression d'un étau ou au ballottement d'un liquide dans la cavité céphalique, ou bien encore à une sensation de perforation, de disjonction des os du crâne (1). Le moindre mouvement l'exaspère.

Il est encore deux caractères propres à cette douleur et sur lesquels Lasègue insiste tout particulièrement. D'abord elle ne suit jamais exactement un trajet nerveux quelconque; elle a plutôt tendance à se diffuser, ce qui la distingue nettement d'une névralgie du trijumeau. En second lieu, elle est surtout extra-crânienne et c'est là un caractère que saisissent très bien les migraineux. Lasègue va même plus loin. « On ne saurait, dit-il, s'y méprendre ; car dans une migraine compliquée de mal de tête, on réussit à séparer les deux éléments. Cette distinction serait peut-être un peu subtile dans un bon nombre de cas et nécessiterait un certain talent d'observation chez le malade porteur de la double affection. »

En même temps que la céphalalgie, on observe quelquefois des symptômes du côté des organes des sens. Nous omettons ici à dessein les troubles oculaires que nous étudierons plus loin. Mais dans la migraine gastrique, on a signalé des bourdonnements d'oreilles, des écoulements de mucosités par la narine du côté affecté, un flux salivaire plus ou moins considérable, une épistaxis (2).

(1) Dieulafoy. *Pathologie interne.* (*Manuel,* 1888.)

(2) Gubler et Bordier. *Migraine* (*Dict. enc. des sc. méd.,* 2e série, t. VII, p. 626).

Les troubles gastriques, qui existaient déjà la veille de l'accès, lors des prodromes, ont également à ce moment gagné en intensité. On voit alors survenir d'abord des vomissements alimentaires, dans lesquels on retrouve souvent les ingesta de la veille qui ont été incomplètement digérés, et ensuite des vomissements bilieux. Chacune de ces crises de vomissements s'accompagne de sueurs abondantes, d'une hypersécrétion salivaire considérable et, après elles, il y a une amélioration passagère, de peu de durée. L'analogie de ces symptômes avec ceux du mal de mer leur avait fait donner par Liveing la dénominations de *sick-headache*.

L'anorexie est absolue, il y a même de la répulsion telle pour les matières alimentaires que leur vue seule peut provoquer les nausées et les vomissements. Toutefois il existe des migraineux qui pendant l'accès mangent et digèrent comme en pleine santé. Il n'y a en tout cas jamais de douleur stomachale véritable. Les vomissements seuls la provoquent, et elle s'évanouit avec eux. Chez certains malades il n'y a jamais de vomissements ; c'est tout au plus s'ils éprouvent quelques nausées.

Pendant l'évolution de ces symptômes, la constipation est la règle, mais on voit souvent se produire à la fin une garde-robe, ou même un peu de diarrhée (Observ. IV). Il faut mentionner en outre à cette période le ralentissement du pouls qui a quelquefois une petitesse remarquable ; en même temps les extrémités sont froides, le malade a des frissonnements

répétés. Son facies pâle exprime l'anxiété ; une hébétude qui peut aller jusqu'à l'embarras de la parole, fait qu'il recherche le silence et l'obscurité, et fuit tout mouvement qui accroîtrait son malaise. Toute sensation d'odeur lui est même pénible.

Après quelques heures, l'état gastrique s'améliore, les vomissements tendent peu à peu à disparaître, les nausées même sont moins fréquentes. La céphalalgie diminue notablement d'intensité ; ce n'est plus une douleur aiguë, mais plutôt une sensation de pesanteur diffuse qui s'atténue, surtout si le malade évite de remuer la tête.

Alors, peu à peu, une torpeur intellectuelle envahit le malade, qui commence à avoir des somnolences entrecoupées de subdelirium, de rêvasseries, de cauchemars qui ne disparaîtront qu'au moment où le sommeil véritable et réparateur viendra se substituer à ces phénomènes. Ce sommeil pourra durer toute la nuit sans nouvelles manifestations. On voit souvent à ce moment se produire quelques phénomènes critiques, une sudorèse plus ou moins abondante et l'émission d'urines rares, de couleur foncée contrastant avec celles du début qui, au contraire, étaient plutôt abondantes et aqueuses.

Le lendemain, quand le malade se réveille, la crise est complètement close, il ressent un bien-être qui résulte de la délivrance du malaise qu'il éprouvait la veille. Lasègue ajoute qu' « on n'est véritablement guéri de sa migraine que lorsqu'on a mangé. »

Telle est dans la majorité des cas la marche de

l'accès de migraine ; quelquefois on voit la crise s'arrêter dans son milieu à la suite d'une émotion, joie ou frayeur ; et d'ailleurs ce type classique est loin d'être commun à tous les malades. Chacun a sa migraine qui varie suivant la prépondérance de tel symptôme particulier ; on pourrait établir presque autant de formes qu'il y a de migraineux.

La durée de l'accès ne dépasse pas en moyenne vingt-quatre heures ; il peut se prolonger pendant deux jours : il est permis alors de se demander s'il n'y a pas une double crise plutôt que la continuation du premier accès. Toute céphalalgie qui dure plus de quarante-huit heures n'est plus de la migraine, s'il faut en croire Lasègue. On a pourtant signalé des accès de migraine qui ne se terminaient que le cinquième jour ; des observations précises pourraient seules établir le bien-fondé de cette opinion.

En résumé, on peut diviser l'accès en trois périodes :

Dans la première, la céphalalgie, encore mal dessinée, s'accompagne d'anorexie, de soif avec malaise général, refroidissement des extrémités.

Dans la seconde période, la céphalalgie s'est accentuée avec des caractères propres ; la réaction vasculaire s'établit, les nausées et les vomissements se produisent.

Enfin la troisième période est caractérisée par la disparition de la plupart des troubles gastriques, la prostration, la somnolence s'emparent du malade. Il y a des sueurs et des urines critiques.

Si, au début de sa migraine, le malade a des accès aussi réguliers que celui qui nous a servi de type pour la description, à mesure qu'il parvient au summum de la diathèse, les crises deviennent de moins en moins correctes et tendent plutôt à diminuer d'intensité : certains symptômes disparaissent, d'autres s'accentuent.

D'autre part les accès sont plus ou moins fréquents, plus ou moins réguliers dans leur apparition.

L'accès passé ne laisse pas de traces à sa suite, à moins que le malade ne soit en même temps atteint d'une autre affection organique; celle-ci peut alors à son tour provoquer une répétition plus fréquente des accès. Les affections chroniques de l'estomac, la dilatation stomachale en particulier, agissent dans ce sens. On ne saurait dire que la dilatation de l'estomac soit cause efficiente de migraine, car il s'en faut de beaucoup que tous les dilatés soient migraineux, mais on peut admettre que cet état spécial de l'estomac (1) réveille la diathèse migraineuse en augmentant le nombre des crises.

La marche de la migraine est essentiellement chronique; elle peut persister pendant toute la vie, ou ne s'éteindre qu'à un âge très avancé. Elle disparaît d'ordinaire chez la femme au moment de la ménopause (observation VI). D'autres fois on la voit s'évanouir spontanément, lorsque survient une maladie plus grave. Les observations IV et VII en sont des exem-

(1) P. Legendre. *Dilatation de l'estomac*. Th. Paris, 1886.

ples : dans les deux cas, la tuberculose pulmonaire commençante succéda à la migraine qui ne réapparut plus depuis. Le fait n'est pas constant (observation IX), car, dans un autre exemple semblable, la migraine persista malgré les progrès de la tuberculose. D'autres fois la migraine alterne avec d'autres manifestations goutteuses et arthritiques. En pareils cas Tissot admettait qu'il y eût métastase et ajoutait que « c'est un véritable malheur de ne plus avoir la migraine(1) ». Il est plus vraisemblable de dire, ainsi que le fait remarquer Hirtz (loc. cit.), que les premiers symptômes se taisent parce que d'autres plus graves dominent la scène, sans invoquer une transformation plus ou moins douteuse de la maladie. Plus d'un migraineux dans l'enfance est exposé plus tard aux diverses manifestations de la diathèse arthritique ou goutteuse, dont la migraine fait partie (2). Lorsqu'on n'a pas eu la migraine avant vingt-cinq ans, il est rare qu'on y soit sujet plus tard.

Il faut ajouter que, lorsque les accès migraineux sont fréquemment répétés et que la douleur acquiert chaque fois une très grande intensité, il survient un certain nombre de troubles fonctionnels parfois sérieux. Les cheveux blanchissent prématurément, les traits s'altérent en raison des contractions répétées que détermine la douleur sur le visage. Quelquefois le muscle crotaphite et ceux de la face du côté ma-

(1) Tissot. *De la Migraine* (Œuvres complètes, t. XI. Paris 1813).
(2) Dieulafoy. *Manuel de Pathol. int.*, t. I, p. 641.

lade subissent un certain degré d'atrophie. Gubler et Bordier ont rapporté l'exemple d'une malade qui, à chaque série d'accès, présentait une décoloration des cheveux dans la zone la plus sensible, de sorte qu'après un certain temps ses cheveux étaient blancs et noirs par régions juxtaposées (1). En outre le caractère finit par s'altérer, les migraineux invétérés deviennent hypochondriaques, leur intelligence devient moins vive ; quelquefois même ils perdent en partie la mémoire.

Migraine ophthalmique.

Lieving a réuni quinze observations de migraine ophthalmique, dans lesquelles il a observé les troubles les plus divers sous la dénomination de *blind headache*. M. le professeur Charcot a également attiré l'attention sur cette variété spéciale de migraine caractérisée par la prédominance des troubles oculaires; plusieurs thèses et mémoires ont été publiés sur ce sujet, et, en 1886, M. Sarda a résumé l'état de la question dans sa thèse de concours pour l'Agrégation.

Dans les cas les plus légers, on n'observe guère que des éblouissements et des sensations lumineuses diverses. Piorry avait déjà insisté sur l'existence d'un arc lumineux sur la rétine, s'élargissant en

(1) Gubler et Bordier. *Migraine* (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e série, t. VII, p. 630).

gagnant la circonférence de l'iris pour disparaître, sorte de scotome scintillant (1). En outre le malade a la sensation de gerbes d'étincelles, de boules de feu, de traînées lumineuses en zig-zag (2) ; il a de l'hémiopie monoculaire ou binoculaire; souvent même il semble qu'il y ait devant les yeux un brouillard qui obscurcit le champ visuel.

La céphalagie existe également dans cette forme spéciale de la migraine, et elle est constamment limitée à la région frontale. Les troubles gastriques ne font pas défaut non plus : nausées et vomissements sont aussi fréquents que dans la migraine gastrique. En résumé,les symptômes qui constituent le fond même de la maladie existent dans les deux cas, mais ils sont dominés par l'intensité des accidents nerveux visuels.

Nous avons déjà signalé plus haut des troubles du côté du goût et de l'odorat; d'après les observations de M. Charcot, ils appartiendraient surtout à la migraine ophthalmique. Parfois, en même temps que ces accidents sensoriels qui peuvent être limités à un seul côté, M. Charcot a noté une hémianesthésie accompagnée de parésie et de fourmillements. Living cite l'histoire d'un officier autrichien qui avait une hémiplégie passagère accompagnée d'embarras

(1) Piorry. *Mémoires sur la Migraine* (Paris, 1831. *Traité de méd. prat.*, t. VIII).

(2) Dieulafoy. *Manuel de patholog. int.* (1888, p. 641).

de la parole. Lorsque ces signes s'observent du côté droit, et même en leur absence, il existe quelquefois une aphasie des plus nettes, laquelle est transitoire mais peut réapparaître un certain nombre de fois pendant les nombreux accès migraineux (1). On peut se demander s'il ne s'agit pas dans quelques-uns de ces cas de migraines modifiées par l'hystérie, ou bien si la migraine, évoluant chez un sujet en puissance d'hystérie, ne vient pas éveiller quelques-unes des manifestations de la névrose.

Raullet, d'autre part (thèse de Paris 1883, Migraine ophthalmique), signale des convulsions épileptiformes, Living avait déjà essayé de mentionner les connexions de la migraine avec l'épilepsie, mais les observations qu'il rapporte à ce sujet sont peu démonstratives et ne permettent pas de trancher la question. On peut bien être à la fois migraineux et épileptique; rien d'étonnant à ce qu'on puisse alors observer une alliance hybride entre les deux affections. Il faut attendre de nouveaux documents pour élucider cette question.

Quoi qu'il en soit, la marche de la migraine ophthalmique, dans bon nombre de cas, ne diffère guère de celle de la migraine gastrique, et en général, malgré l'intensité des phénomènes visuels et nerveux qui se produisent, il ne semble pas que cette variété migraineuse comporte en général un

(1) Sarda, *Des Migraines*. (*Th. Agrégat.* 1886, observat. II, III, IV, V, VI et suivantes).

pronostic plus grave. Certains auteurs pourtant acceptent la transformation de la migraine ophthalmique en affections graves du système nerveux. Tissot a préconisé cette doctrine et M. le professeur Charcot a émis l'opinion que, dans quelques cas, elle a été le signe avant-coureur d'ataxie locomotrice et de paralysie générale. Féré (Migraine ophthalmique Revue de médecine, août 1881) rapporte des observations où l'aphasie et l'hémiopie ont persisté après la disparition des accès de migraine ophthalmique. Dans un cas même, on vit un malade succomber pendant un accès. Il est permis de se demander si on a eu véritablement affaire à des migraines en pareil cas, et s'il ne s'est pas agi plutôt de syndromes cliniques simulant la migraine et qui n'étaient après tout que les manifestations primitives de la maladie organique dont l'évolution s'est continuée peu à peu jusqu'au jour où il n'y a plus eu de doute pour personne. Il ne faut pas oublier en effet que la cause anatomique et la lésion matérielle de la migraine sont encore à trouver.

Les observations qui suivent ont été recueillies par nous dans le service de M. le professeur Hardy; nous n'avons pu en recueillir de migraine ophthalmique.

CHAPITRE III. — OBSERVATIONS.

Observation I (personnelle).

Mon..., Octavie, 27 ans, cuisinière, entrée le 18 juin 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 4, service de M. le professeur Hardy.

Réglée à 13 ans régulièrement. N'a jamais eu de grossesses ni de fausses couches avant le mois de janvier 1886. Pas de maladies antérieures. Comme antécédents héréditaires, son père a eu plusieurs accès de rhumatisme chronique articulaire.

Elle même entre à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire subaigu ayant débuté dans les premiers jours du mois de juin 1886 sans complications cardiaques. Très peu de fièvre.

Depuis l'âge de 15 ans, elle est sujette aux migraines. Les accès surviennent en moyenne deux fois par mois ; elle a remarqué que le plus violent avait toujours lieu au moment des règles. Elle est prise subitement, et presque constamment la nuit, d'une céphalalgie intense qui se prolonge jusqu'au lendemain soir, parfois même pendant deux jours, et disparaît alors brusquement.

La douleur occupe la région frontale, débute par le côté gauche pour envahir ensuite le côté droit. Pendant cette période, la malade est en proie à un vif malaise : elle a des nausées, mais rarement des vomissements, des bâillements, des pandiculations, des sueurs (froides), etc. Elle ne peut prendre le moindre aliment. Vers la fin de l'accès, la céphalalgie diminue; elle s'endort et se réveille guérie.

Elle n'a jamais fait de traitement.

Au mois de janvier 1886, M... fit une fausse couche et depuis elle n'a pas vu reparaître ses accès.

Observation II (personnelle).

Guer... Emma, 28 ans, lingère, entrée le 13 juin 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 16, service de M. le professeur Hardy.

Cette malade est entrée à l'hôpital pour une névralgie sciatique du côté droit. Bonne santé habituelle. Pas de chlorose.

Réglée à 15 ans. Elle n'a jamais eu de maladies antérieurement; c'est la première fois qu'elle est arrêtée dans son travail. Son père, vieux rhumatisant (15 attaques), est mort d'une affection cardiaque; sa mère a succombé à une affection pulmonaire chronique. (?)

Au moment de l'apparition de ses règles, elle fut prise d'accès de douleurs frontales occupant presque

constamment le côté gauche et accompagnées de troubles gastriques.

Ces accès se sont répétés sans interruption depuis et surviennent constamment lors des menstrues, les précédant toujours de deux ou trois jours. Au début la malade a des bâillements, du malaise général, de petits frissons.

La céphalalgie vive a le caractère contusif, apparaît souvent au milieu de la nuit, parfois le matin au réveil. En même temps la malade a de la photophobie; le moindre bruit irrite son malaise, elle est courbaturée, a des nausées et des vomissements bilieux. L'anorexie est absolue, le repos seul calme ses douleurs. Apyrexie absolue.

Au bout de vingt-quatre heures en général, tout rentre dans l'ordre. La malade a des somnolences accompagnées de rêvasseries et finit par s'endormir. Ordinairement la malade a bon appétit et ses digestions sont faciles.

Observation III (personnelle).

P..., Marie, 19 ans, domestique, entrée le 27 avril 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 9, service de M. le professeur Hardy.

Elle est atteinte d'une lésion mitrale double (rétrécissement et insuffisance caractéristique). Antérieurement elle a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, la première à l'âge de 14 ans, la

seconde deux mois avant son entrée à l'hôpital.

Réglée à l'âge de 15 ans. Elle a des migraines depuis l'époque où apparut son rhumatisme pour la première fois. Les accès surviennent tantôt au moment des règles, tantôt en dehors de celles-ci. C'est le matin au réveil qu'elle éprouve les premiers symptômes; elle a du malaise, une céphalalgie vague et des nausées. Puis, à peine est-elle levée, que la douleur se localise, occupant de préférence les régions temporales, avec prédominance d'un côté qu'elle ne peut préciser à cause de sa variabilité. Cette douleur est plutôt aiguë et lancinante que contusive. Elle a en outre de la photophobie, ne se trouve bien que couchée et à l'abri des rayons lumineux. De plus, à plusieurs reprises, se produisent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux; non seulement elle ne peut prendre le moindre aliment sans le rendre immédiatement, mais la vue même des aliments provoque des nausées. L'accès disparaît la nuit après le sommeil.

Pas de troubles gastro-intestinaux en dehors de ces accidents.

Ces migraines persistent encore actuellement.

Observation IV (personnelle).

Voss..., Louis-Alfred, 24 ans, employé, entré le 19 mai 1886 à la Charité, salle Saint-Charles, n° 23, service de M. le professeur Hardy.

Pas de maladies graves avant ces deux dernières années, où il commença à tousser, maigrit, eut des sueurs nocturnes et présente actuellement les signes d'une tuberculose pulmonaire avancée (râles sous-crépitants au sommet gauche en avant et en arrière, souffle caverneux sous la clavicule droite, crachats nummulaires, etc.).

Comme antécédents héréditaires, il faut dire que son père était rhumatisant chronique (mort à 61 ans).

Il y a sept ou huit ans, autant qu'il peut s'en souvenir, il a eu des accès de migraine très fréquents, se reproduisant quelquefois toutes les semaines, ordinairement au moins une fois par mois. Voici ce qu'il éprouvait :

Le matin, au réveil, sans cause appréciable, il se sentait mal disposé, avait de la lassitude dans les membres et un état nauséeux assez prononcé. Ayant l'habitude de sa maladie il gardait le lit et, peu à peu, il se sentait pris de céphalalgie partant des deux arcades sourcilières, s'irradiant ensuite vers la partie postérieure du crâne jusqu'à l'occiput. La douleur était très intense, plus marquée tantôt à droite, tantôt à gauche, sans régularité, et persistait ainsi pendant un temps variable.

Les troubles digestifs demeuraient peu accentués : il n'a jamais eu de vomissements, mais quelquefois l'accès se terminait par une diarrhée assez abondante. Les urines étaient rares pendant tout l'accès.

La durée de ces migraines était de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, et même lorsque l'accès

avait disparu, le malade demeurait fatigué pendant toute une journée au moins.

Actuellement, le malade ne se ressent plus de ces accidents, qui ont cessé, dit-il, lorsqu'il commença à tousser.

Il a une dilatation stomachale des plus évidentes : plusieurs matins de suite nous avons constaté le clapotement au-dessous de l'ombilic.

Observation V (personnelle).

C..., Toussaint, 48 ans, employé, entré le 14 avril 1886 à la Charité, salle Saint-Charles, n° 13 bis, service de M. le professeur Hardy.

A son entrée à l'hôpital, ce malade est atteint d'une bronchite chronique, avec emphysème. Scoliose. Accidents scrofuleux pendant son enfance, gourmes, adénites suppurées sous-maxillaires, conjonctivites chroniques, etc. Pas d'alcoolisme.

Antécédents héréditaires qu'il ne peut préciser.

Il a eu des migraines depuis l'âge de 7 ou 8 ans jusqu'à 20 ans environ, survenant tantôt tous les deux ou trois mois, tantôt plus fréquemment, une ou deux fois par mois.

Après une nuit de calme, il se réveillait avec une douleur frontale très intense, sans prédominance marquée d'un côté ou de l'autre, et, s'il se levait, il était pris immédiatement de vomissements bilieux abondants qui se répétaient à plusieurs reprises dans

la journée. Il avait la sensation d'un poids dans la tête et il lui semblait que sa tête allait éclater. Bâillements, sueurs, etc.

Le soir, tout rentrait dans l'ordre; il s'endormait et se réveillait le lendemain complètement guéri.

État actuel. Dilatation stomachale manifeste, que l'on peut constater quotidiennement. Digestions difficiles et très lentes, accompagnées de pyrosis; diarrhée alternant avec la constipation, etc.

Observation VI (personnelle).

Batm..., Marie, 46 ans, domestique, entrée le 3 mai 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 17, service de M. le professeur Hardy.

Hémiplégie gauche avec hémianesthésie par ramollissement cérébral, probablement par thrombose, datant d'un an. Cette malade est éthylique (pituites, rêves professionnels, etc.).

Réglée à 15 ans, elle a eu quatre grossesses sans accidents. Ménopause depuis quatorze mois. Pas de syphilis. Mère morte paralysée comme elle.

Jusqu'à l'époque de la ménopause, cette malade dit avoir eu des migraines depuis son plus jeune âge. Les accès se sont répétés au moins une fois par mois et survenaient, dans ce cas, au moment des règles et souvent deux à trois fois dans le mois.

L'accès ne durait jamais plus de vingt-quatre heures.

Apparition de la céphalalgie le matin, au réveil : elle occupait la région frontale, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. La douleur était quelquefois atroce, au point que la malade se roulait par terre. En même temps, elle avait toujours des nausées et des vomissements, photophobie des plus marquées, exaspération des douleurs par le bruit.

Anorexie absolue pendant l'accès. Sueurs abondantes. Constipation opiniâtre.

Disparition complète après un sommeil réparateur.

Depuis sa ménopause, la migraine est complètement guérie (?)

Observation VII (personnelle).

Wagn..., Emilie, 28 ans, couturière, entrée le 3 juin 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 13, service de M. le professeur Hardy.

Diagnostic : tuberculose pulmonaire, lésions du second degré au sommet gauche ; laryngite chroninique tuberculeuse, œdème des replis aryténo-épiglottiques, paralysie de l'abducteur de la corde vocale gauche.

Elle a fait des excès alcooliques constants, qu'elle avoue.

Réglée à 16 ans, elle a fait trois fausses couches ; on ne trouve cependant rien chez elle qui puisse faire incriminer la syphilis.

Elle est migraineuse depuis l'âge de 11 ans et a en moyenne deux accès par mois, qui surviennent à époque indéterminée. Ces accès débutent tantôt le matin, tantôt le soir, indifféremment. Elle a une douleur temporo-occipitale prédominant d'un côté, lancinante par moments, gravative à d'autres.

Troubles gastro-intestinaux très accentués, vomissements constants et répétés; il y a plutôt tendance à la constipation. Bâillements, pandiculations. Anorexie absolue, soif vive. Vers le soir, elle commençait à s'assoupir et avait des cauchemars souvent fort pénibles.

L'accès ne se prolonge guère au delà de vingt-quatre heures.

Ces migraines ont disparu depuis trois ou quatre ans, sans cause appréciable, époque où elle commença à tousser.

Pas de dilatation stomachale appréciable.

Observation VIII (personnelle).

Del..., Joséphine, 21 ans, couturière, entrée le 12 mai 1886 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 24, service de M. le professeur Hardy.

Pelvi-péritonite chronique à répétition.

Réglée à 14 ans ; n'a jamais eu de grossesse. Sa mère était atteinte de bronchite chronique et d'eczéma, et avait un tempérament très nerveux.

Cette malade a des migraines menstruelles depuis l'établissement du flux sanguin. Céphalalgie frontale double, sans prédominance accusée, douleurs oculaires très vives, bourdonnements d'oreilles. Nausées et vomissements répétés. Urines rares, foncées en couleur pendant l'accès.

L'accès ne dure jamais plus de vingt-quatre heures et disparaît pendant la nuit.

Etat actuel : Persistance des accès. Pas de troubles gastro-intestinaux en dehors d'eux. Pas de dilatation stomachale appréciable.

Observation IX (personnelle).

Poul... Jean, 21 ans, comptable, entré le 17 juin 1886 à la Charité, salle St-Charles, n° 1, service de M. le professeur Hardy.

Tuberculose pulmonaire au second degré. Hérédité paternelle.

C'est vers l'âge de 10 ou 12 ans qu'il se souvient d'avoir été atteint de migraines qui se sont reproduites depuis lors, à intervalles assez irréguliers ; toutefois il a remarqué que les accès étaient beaucoup plus fréquents pendant l'été.

La maladie le prend toujours le soir ; il y a peu de prodromes et, rapidement, il éprouve de la céphalalgie frontale, d'abord unilatérale, ensuite bilatérale. La

crise dure toute la nuit et la journée suivante et se termine par des vomissements bilieux très abondants. Les accès ont persisté actuellement, le malade en a eu un une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital.

Il existe une dilation stomachale permanente. L'estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le glou-glou y est aisément perçu. Il porte aux doigts les nodosités décrites par M. le professeur Bouchard.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

Parmi vingt individus, pris au hasard, et auxquels on demanderait s'ils ont eu la migraine, il en est bien peu qui ne répondraient point par l'affirmative. Pourtant rien n'est moins certain et parfois plus difficile à élucider. Un grand nombre de céphalalgies sont volontiers décorées du nom de migraine par ceux qui en éprouvent les inconvénients : seul, un interrogatoire minutieux, basé sur la recherche des signes caractéristiques de la maladie permet d'arriver à un diagnostic exact.

Dans l'immense majorité des cas, la migraine n'est pas malaisée à reconnaître, surtout lorsqu'elle se présente avec son cortège pathologique spécial; il n'en est plus de même lorsque quelques-uns des signes viennent à faire défaut, ou quand on se trouve en présence d'un malade en puissance d'une diathèse quelconque dont la céphalalgie peut être un caractère plus ou moins accessoire.

D'autre part, si, comme l'a fait remarquer Lasègue, le diagnostic n'a qu'un intérêt relatif lorsqu'on a

affaire à un migraineux invétéré, qui sait lui-même reconnaître les moindres variantes de ses crises, ce diagnostic acquiert au contraire une importance capitale quand il s'agit d'une affection où l'on retrouve bien quelques-uns des caractères principaux de la migraine, mais où les accès sont tantôt rares, tantôt variables, aussi bien au point de vue de la forme que de l'intensité des symptômes : si la migraine n'est pas en cause en de pareils cas, il y a fort à craindre que l'on ne soit au début d'une affection cérébrale, qu'il importe, par conséquent, de prévoir.

Nous serons donc brefs sur le diagnostic de la migraine franche, avérée : ses caractères d'affection à cycle nettement défini, à accès presque réguliers et répétés constamment pendant une période variable, ne sauraient la faire méconnaître, et on n'aurait garde de la confondre avec tout autre céphalalgie. Ainsi que nous l'avons dit, la douleur céphalique de la migraine est spéciale à cette affection. Elle apparaît le matin et disparaît ordinairement le soir, lorsque le malade, tombant dans le collapsus de la fin de l'accès, s'abandonne au sommeil. La céphalée syphilitique a, au contraire, son maximum d'intensité pendant la nuit ; elle est continue et peut se prolonger pendant des semaines si on n'intervient pas par un traitement actif.

Les douleurs prodromiques du zona ophthalmique donnent lieu à une douleur hémicrânienne ; mais cette douleur est continue, ne s'accompagne pas

de vomissements, enfin se termine par l'éruption (1).

Au point de vue du siège, nous savons encore que la céphalalgie des migraineux est étalée, diffuse, ordinairement plus accentuée d'un côté du crâne. Si la névralgie du trijumeau est unilatérale, elle affecte dans sa douleur le trajet des branches du nerf à la face et les points spéciaux où s'accuse le maximum de cette douleur sont faciles à retrouver. D'ailleurs la douleur de la névralgie trifaciale a été comparée par Cruveilhier à un éclair qui arrache au malade un cri aigu et le fait tressaillir; dans la migraine, au contraire, la douleur est rongeante, continue : c'est une *ondée de douleur* (Hervez de Chégoin).

Bien différente est également la douleur crânienne que l'on observe fréquemment chez les hystériques et que l'on désigne sous le nom de clou. Cette douleur est très limitée et elle a peu de tendance à s'étendre ; elle ne s'accompagne pas, d'autre part, des troubles gastriques propres à l'excès de migraine. Mais pour être hystérique on n'en est pas moins sujet à la migraine, et on conçoit que, dans pareille circonstance, il puisse y avoir une réelle difficulté à faire la part qui revient à chaque affection dans les symptômes observés.

Dans le rhumatisme articulaire, la céphalée ne saurait être longtemps l'objet d'une confusion avec

(1) Gubler et Bordier. *Dict. enc. des sc. méd.* (2me série, t. VII, p. 634).

la douleur propre à la migraine : il nous semble inutile d'insister sur ce diagnostic différentiel.

Il faudrait toutefois éviter de confondre la migraine avec les céphalées qui sont si communes chez les chlorotiques. On sait combien ces malades y sont sujettes, mais elles n'ont pas ce caractère de procéder par accès, ni d'avoir un cycle bien défini comme la migraine. Ces céphalées sont, au contraire, continues, ne s'accompagnent que fort peu de vomissements et disparaissent momentanément sous l'influence du traitement.

On ne doit pas oublier non plus les céphalées de croissance, qui ont été étudiées par Blache(1); et qui, dans bon nombre de cas, simulent jusqu'à un certain point l'accès migraineux. Mais l'irrégularité de leur apparition, l'absence de localisation hémicrânienne de la douleur, le peu d'intensité des accidents du côté du tube digestif, ne sauraient faire commettre une erreur de diagnostic, qui aurait une certaine importance au point de vue thérapeutique. Il est encore plus important de ne pas confondre la migraine des enfants avec la méningite tuberculeuse et les tubercules cérébraux.

Nous devons maintenant insister plus spécialement sur certaines céphalalgies qui présentent de grandes analogies avec la migraine : nous voulons parler de la céphalée qui s'observe si fréquemment dans le

(1) Blache. Céphalée de croissance. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1883.

cours des néphrites et surtout de la néphrite interstitielle. Bien des malades, en effet, ont eu à un moment donné des céphalalgies accompagnées parfois de troubles digestifs et se répétant à plusieurs reprises. Ces céphalées souvent qualifiées de migraine pourraient être prises pour telles lorsqu'on se contente d'un examen superficiel. Il ne faudra pas oublier tout d'abord de s'enquérir du début exact de ces symptômes, car on sait que la migraine est une affection apparaissant dès l'enfance et que toute céphalalgie qui survient après vingt-cinq ans doit être considérée comme suspecte. Que si, à ce renseignement, on vient ajouter que le malade a des envies fréquentes d'uriner, des palpitations, de l'essoufflement, des troubles visuels, des démangeaisons, etc., on sera fondé à supposer qu'il pourrait bien s'agir d'une néphrite interstitielle, et on devra examiner les urines avec le plus grand soin et à plusieurs reprises y rechercher la présence de l'albumine.

Lorsque le malade est arrivé à la période d'urémie, il y a peu de chances pour qu'une erreur soit commise et que l'on confonde la céphalée et les vomissements de l'urémie gastro-intestinale avec la migraine.

La seule difficulté qui pourrait se présenter serait si le malade était à la fois brightique et migraineux. On conçoit combien il serait malaisé en pareil cas de faire à chaque affection la part qui lui revient. C'est ce qui aurait lieu, par exemple, chez un goutteux, migraineux avéré, qui aurait une

néphrite interstitielle de par le fait de sa goutte (*gouty kidney*).

Dans l'ataxie locomotrice, au début de la maladie, il existe chez un bon nombre de malades des douleurs céphaliques qui pourraient en imposer si elles existaient à l'état de manifestation isolée : Pierret qui les étudiées spécialement dans sa thèse (1), a fait remarquer que ces douleurs sont tantôt continues, tantôt intermittentes : les secondes seules peuvent prêter à la confusion. Or elles siègent presque toujours dans la sphère du trijumeau; elles sont souvent lancinantes et térébrantes; quelquefois elles occupent la région temporale ou la région occipitale; dans tous les cas elles suivent manifestent le trajet d'un nerf, ce qui, ainsi qu'on l'a vu, n'existe jamais dans la migraine.

Il va sans dire que l'on ne saurait confondre longtemps avec la migraine la céphalalgie qui proviendrait d'un défaut d'accommodation et qu'accusent fréquemment les myopes par exemple. Ce sont là des pseudo-migraines que l'on a bientôt fait de reconnaître par un examen attentif.

Enfin il existe une dernière classe de céphalalgies liées à des affections extracrâniennes variées, comme le coyza chronique, les larves d'oestres (2) qui se développent parfois dans les sinus frontaux. On reconnaîtra aisément que si la céphalée est un des symptômes de

(1) Pierret. *Sympt. céphal. du tabes dorsal* (Th. Paris, 1876.)
(2) Calmeil. Art. Migraine. (*Dict.* en 30 vol., 1839.)

ces lésions, ceux qui constituent l'état migraineux proprement dit font ici complètement défaut. L'examen local complètera le diagnostic.

Faut-il maintenant dire qu'il existe certaines migraines qui sont liées à des affections organiques des centres nerveux? Nous ne le croyons pas. Nous pensons au contraire qu'il s'agit d'un diagnostic à établir. Nous avons déjà parlé des céphalées des ataxiques; il nous semble difficile d'admettre, malgré l'autorité de M. le professeur Charcot, que la migraine franche puisse être un signe avant-coureur d'une ataxie locomotrice. Dans la plupart des lésions cérébrales, des tumeurs en particulier, dont la céphalalgie peut être un symptôme de début, outre que la douleur n'est pas toujours intermittente et paroxystique et qu'elle peut au contraire durer des semaines et acquérir une très grande intensité, les vomissements se produisent sans effort, sans nausées, sans douleurs gastriques, de plus ils sont alimentaires ou liquides, mais plus rarement bilieux. De plus, on n'attend pas longtemps sans voir survenir des troubles plus ou moins accusés du côté de la motilité, de la sensibilité; des vertiges, des paralysies oculaires, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc.

Il reste maintenant à établir le diagnostic étiologique de la migraine. Quelle que soit en effet l'opinion que l'on ait sur la nature même de cette affection, on sait que la migraine se rattache aux diverses diathèses dont elle n'est après tout qu'une manifes-

tation (1). Cette recherche se basera principalement sur la connaissance des antécédents héréditaires et pathologiques du malade. S'il faut en croire Besnier, le diagnostic de la migraine arthritique et herpétique est impossible si l'on ne considère que les symptômes subjectifs (2). On sait la parenté étroite qui existe entre le rhumatisme, la chorée et la migraine; on voit fréquemment d'autre part des individus qui, migraineux dans leur enfance, deviennent plus tard asthmatiques eczémateux, goutteux, hémorrhoïdaires et sujets à la lithiase rénale ou biliaire. Encore une fois, c'est dans la tare héréditaire ou pathologique du migraineux que l'on trouvera les éléments qui permettront de résoudre cette question. C'est sur ces indications que l'on pourra établir un traitement utile.

(1) Dieulafoy. *Man. loc. cit.*

(2) Besnier. Art. Rhumatisme. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 3e série, t. IV, p. 51.)

CHAPITRE V

TRAITEMENT.

Les traitements variés qui ont tour à tour été préconisés et employés contre la migraine sont extrêmement nombreux; ils se sont succédé périodiquement suivant que la faveur des médecins, et peut-être surtout des malades, s'est plus spécialement portée sur tel ou tel médicament. C'est que, en vérité, aucun d'eux n'a une valeur thérapeutique absolue, tandis que les effets de toutes les substances qui ont été mises en usage sont inconstants. Toutefois il importe de distinguer dans le traitement de la migraine celui de l'accès en particulier et celui de la maladie elle-même, ce dernier étant avant tout un traitement général.

Le traitement de l'accès consiste principalement dans l'emploi des calmants. Des infusions chaudes aromatiques prises au début même, une diète sévère pour éviter de provoquer la répétition des vomissements sont les premières indications à remplir. La céphalalgie sera combattue par les applications froides; les révulsifs, les stupéfiants, l'opium, les

injections de morphine amènent souvent un soulagement très notable. Plus récemmeut on a eu recours à l'antipyrine que l'on administre soit en potion à la dose de 2 à 4 grammes, soit en injections sous-cutanées. En y joignant dans quelques cas les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle on a obtenu souvent d'excellents résultats et, sinon la guérison de l'accès, du moins sa terminaison plus rapide.

Le second point consiste à prévenir ou à faire avorter les accès lorsque des signes prémonitoires en font pressentir l'approche. La sobriété aux repas, le repos intellectuel ou corporel pendant le travail de la digestion, le soin d'éviter les refroidissements en maintenant le corps bien couvert, la régularité dans le sommeil, sont autant de précautions qu'il importe de prendre.

Quant au traitement général c'est à une bonne hygiène qu'il faut s'adresser pour éloigner les accès, ou en diminuer l'intensité. Un changement de séjour, un exercice musculaire modéré, l'hydrothérapie, douches, massage, rendront de grands services dans bon nombre de cas, et, chez les migraineux héréditaires, surtout, ces moyens contribueront à enrichir le système sanguin, en affaiblissant leur sensibilité exagérée. Pour ce qui est des médicaments à prescrire, il en faudra chercher l'indication dans la cause qui paraît entretenir la maladie. Aux anémiques, aux chlorotiques on administrera les préparations martiales, auxquelles on adjoindra l'usage des eaux minérales ferrugineuses.

Chez les dyspeptiques, et en particulier chez ceux qui sont atteints d'une dilatation permanente de l'estomac, c'est d'un régime sévère, formulé suivant les principes de M. le professeur Bouchard, que l'on pourra attendre une amélioration sérieuse et permanente. On se souviendra que le régime doit être continué pendant fort longtemps si l'on veut obtenir un effet durable.

La migraine qui semble liée à des troubles menstruels doitêtre traitée par les emménagogues habituels; on y joindra l'usage des toniques.

Les malades nerveux se trouveront bien de l'emploi des bromures à haute dose, et en un mot des antispsmodiques en général.

Enfin lorsque la maladie est sous la dépendance de la diathèse arthritique ou herpétique, on aura recours à la médication arsenicale, alcaline ou sulfureuse suivant le cas. Les eaux minérales auront encore ici leur emploi; on choisira celles dont la composition chimique répond le mieux à l'indication fournie par la diathèse.

CONCLUSIONS

I. La migraine est une affection à cycle défini, revenant par accès périodiques, qui ne laissent pas de traces à leur suite, à moins que le malade ne soit en même temps atteint d'une autre maladie organique.

II. La marche de la migraine est essentiellement chronique, toutefois elle peut disparaître soit au moment de la ménopause, chez la femme, soit lorsque survient une autre maladie plus grave, indépendante d'elle, ou faisant au contraire partie de la même diathèse qu'elle.

III. La forme ophthalmique de la migraine est caractérisée par des troubles visuels plus ou moins intenses, accompagnés parfois de troubles sensitifs et moteurs passagers, tels qu'aphasie, hémianesthésie, parésie, troubles sensoriels, etc. Ces troubles probablement dus à l'état constitutionnel spécial du malade.

IV. Les céphalées qui précèdent parfois les manifestations de certaines affections nerveuses, comme l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, ne sau-

raient être considérées comme des migraines ; c'est au contraire un diagnostic différentiel qu'il faut faire.

V. Il importe d'établir le diagnostic étiologique de la migraine afin d'y puiser les éléments d'un traitement rationnel.

Vu le président de thèse,
A. PROUST.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.